

平成 30 年度第 1 回仙台市自死ハイリスク者支援体制検討会議議事録 (確定版/協議部分のみ)

1 日時 平成 30 年 9 月 12 日 (水) 18:30~20:30

2 場所 上杉分庁舎 2 階第 2 会議室

3 出席 市川委員、岩館委員、瓜田委員、木越委員、佐藤委員、高橋委員、
土井委員、戸澤委員、中村委員、野口委員、原 委員、平井委員、
八重樫委員

※欠席：荒井委員、草野委員、田中委員

【事務局】 伊藤障害者支援課長、林精神保健福祉総合センター所長、

4 内容

(1)(2)(3) 開会、委嘱状交付、各委員挨拶

- ・平成 30 年 9 月 12 日から平成 31 年 3 月 31 日まで委員委嘱とし、机上交付。
- ・各委員による自己紹介。
- ・事務局より、定足数の確認が行われ、会議の成立を確認。

(4) 会長の選出及び会長代理の指名

- ・会長について、中村委員より原委員の推薦及び他の委員から承認があり、就任。
- ・会長代理について、会長より野口委員の指名があり、承認を得た。

(5) 議事

- ・議事録署名人について、会長より市川委員の指名があり、承諾を得た。

原会長 それでは、事務局より資料「平成 30 年度仙台市自死ハイリスク者支援体制検討会議について (案)」の説明を願う。

事務局 ・ ・ ・ 資料「平成 30 年度仙台市自死ハイリスク者支援体制検討会議について (案)」に沿って説明 ・ ・ ・

原会長 ハイリスク者支援の基本的な流れについては、説明のとおりである。各委員の方から、この流れ等についてご意見を伺い、議論を進めていきたいと思う。事務局の説明を受けて、皆さんからご意見やご質問はいかがか。

日常的な支援の中でこういうのがあるといいなとか、あるいはこういうことはどうだろうか等については、いかがか。

平井委員

最終的にマニュアル整備を行うといったところまでだが、パーソナルサポートセンターとして、今年度宮城県から居住支援法人の指定を第1号としていただいた。その中で、全国各地で居住支援を色々やっている団体が集まって、全国の居住支援ネットワークという団体を作っている。今年度障害者総合福祉推進事業を厚労省から受託して、精神疾患のある方が病院から出た後に、どのように地域社会の中に戻っていくのかといったことを検討して、マニュアルを作ろうといったところで、8月に第1回を行ったところだ。

その時に、委員になっている方で福祉関係だけではなくて、不動産事業者の方にも来てもらって話している中で、福祉の方は自分たちの活動のことを分かってくれと言うものの、あなたたちは不動産関係者のことを本当に勉強して分かっているのかと言われ、確かにそのとおりでいうところもある。こういったマニュアルを整備するときに、福祉の面だけではなくて、実際にこれに協力してもらおうところの視点にたって、どういう人たちにみてもらいたいのかについて整理しておくことは必要かと思う。質問と言うか感想である。

原会長

確かに、居住の問題はすごく大きい。これについては岩館先生の方が詳しいと思うが、退院するときの居住の確保というのは、すごく大変な思いをしていると思うし、その後のフォローも重要な視点になる。そういった様々な不動産業者とも連携をとれるといいのかなと思う。

少し拡散するかもしれないが、岩館先生そこのはいかがか。

岩館委員

私よりも仙台市の方が詳しいとは思っただけけれど、昔よりは居住の施設は増えていると思う。ただ、施設ごとの格差がかなり大きいかなと感じる。それから施設が増えたので、逆にいうと敷居が高くなってきている。例えば、仮に自死の危険がある場合には、施設側が防衛的になって少しトラブルを起こすと、ある意味出てってくれという話になることもある。施設側が精神障害のある方を受け入れる時には、不安は大きいと思うし、特にこういう自死の問題があると、かなり防衛的になるでしょうから、その辺をどう安心させるかということが大事だと思う。こういうツールで大丈夫だと仙台市が自信を持って言えれば施設の方も安心して受け入れやすくなるのかなと思う。

あと、私の方から1つ質問よろしいか。今回は、救急搬送ありの事例を

対象とするということであるが、そうすると自死関連行動に至り救急搬送されるところは限られると思う。例えば、仙台市で搬送されたケースが年間何件あるのか把握はされているのか。

事務局

先の資料に飛んでしまうのだが、資料 1 をご覧いただきたい。かかりつけ医がいる場合には、そこに搬送されることもあるが、基本的には救急告示病院に搬送されることが多いだろうということで、消防局の協力を得て件数を把握したことがある。現在救急告示病院は仙台市内に 27 か所あり、自損事故、いわゆる自死関連行動の 6 割近くが、仙台医療センター、仙台市立病院、東北大学病院の 3 か所に搬送されているということである。この 3 か所で半分以上をカバーしている。まず、これらの医療機関と関係を作れるということが大事ではないかなと考えている。トータルの件数に関しては、平成 24 年から平成 28 年までの平均をとると、おおよそ年間 430 件ちょっと。そのうちの 30 件ほどは病院に搬送された時点でお亡くなりになっている。存命の方については 400 名くらいということが分かっている。もう少し付け加えると、入院加療が必要な方、それから入院が不要でその日のうちにお帰りとなる方の割合がどのくらいいるかということだが、400 名のうち 280 名弱が入院加療の対象となる。残りの 120 名ちょっとの方が入院は不要であるという対処をされるということである。入院される 280 名弱の方が何日間入院しているのかについては調べがっていない。翌日には退院される方から、例えば大腿骨骨折、骨盤骨折等重症度が高くて長期間入院される方までばらつきがあると思う。

原会長

280 名だと結構いると思う。

土井委員

リスク者の対象となる方の範囲について質問だが、ゆくゆくは限らなくなるとは思っているが、当面は仙台市に住民票のある方に限定するのかどうかお尋ねしたい。というのは、以前に地下鉄に飛びこんで自殺未遂された方で、市立病院から借金のこと等があるので相談にきてくれと言われたことがある。市立病院なので仙台市の部署から私が行くという段取りが出てきたが、名取市在住の方だった。そういうことが、検討課題の中で、仙台市民に限定するのかどうか。仙台市民に限定するのであれば、先ほどの人数のデータと言うのは、仙台市民に限定されたものなのか。

事務局

400 名搬送された方は、仙台市消防局の救急車で搬送された方ということを示すだけなので、住民票とは当然連動はしていない。それから今回検討する範囲について、仙台市民以外も含めるのかどうかについては、今の

時点では原則としてという言い方にさせていただきたいのだが、仙台市民の方を対象にするというふうに考えさせていただきたいということである。

原会長 他にはいかがか。ハイリスク者の居住のことについてだが、他にもこういうことも考えた方がいいのではないかなどはどうか。今の段階では救急搬送されて、入院して、仙台市民である、ということが基本。

岩館委員 入院だけなのか。

事務局 個々のケースワーカーやお医者さんによって、個別的な関係性の中ではうまく機能する例もあるとは承知しているが、今公式な仕組みとして、ハイリスク者支援ネットワークはないという理解である。公式な仕組みとして整えていくときに、簡単に円滑にまわるとは考えておらず、アセスメントして、支援の計画を作った上で色々な機関の協力を得ていくということには、一定の時間を要すると考えている。そうなると、自殺未遂をされた方と一定の期間確実につながれる、話ができる、ひきあわすことができるという、時間的な猶予を持つ必要があるのではないかと考えている。入院された方から始めるということでないとなかなか難しいのではないかなと思う。そこから始めていくということが妥当と思っている。

八重樫委員 救急のすみ分けはここ数年で分かりやすくなっていると感じ、自死の患者さんは精神科のある大きな病院にということになっている。当院は、二次救急ではあるが、時々自死で心肺停止の方やオーバードーズ等が搬送されてくることはある。やはり身体科の先生としては、身体症状が改善すれば短期間の入院や救急センターの外来でお帰りいただくことになる。入退院の基準が、身体がどうなったのかということになる。当院以外の色々な病院、三次救急以外で精神科の無い病院であれば、外来で対応しているところも結構あるのではないかなと思う。外来の方、救急で運ばれて必要性のあるという方も、ネットワークの中に入れていただければなと思う。

事務局 ネットワークから排除するというではなく、どの方から始めるのかということを示し上げた。最終的には、病院には来ることのない希死念慮のある方、例えば電話相談してくる方も、このネットワークの中で必要な支援やサポートにつなげていくということが最終的な目標になると考えている。

岩館委員

現場感覚では、やはりそうではないと思う。例えば、自殺企図して、入院となり、病院にいる間はたぶん（再企図は）できないだろうが、むしろその後の方がまさにハイリスク。救急搬送されてきてその日のうちに帰る人の方がかえって危険、またやりかねない。たまに一晚のうちに何回も来る人もいる。自宅に帰したけど、またやってまた同じ日に運ばれてきたとか。やはり、その辺を視野に入れておかないとツールを作る意味はないのではないかと思う。確かに時間的には大変だが。たぶん先程の八重樫委員も同じだろうが、その人を本当に帰して大丈夫かというところが、まさにリスクだと思う。そのへんを入れたツールでないとなかなか現場感覚では変ではないかと思う。要するに、出来ることはやって、出来ないことは考えませんというのは通用しないのではないかと思う。

原会長

今のは入口の部分だと思う。入口の部分で、どういうレベルの人を帰すのかという話になる。この人を帰していいのかどうかということ誰がするのかということと、それがどういうツールの上で、こういうリスクがあるからこの人は泊まっていきましょうという話をする場合に、医者が決定するのか、今の病院のシステムの中ではどうしても救急の先生がそれを理解してもらってないとなかなか難しいかなと思う。その辺はどうか。

八重樫委員

救急センターは、身体状況が落ち着けばお帰しということにはなる。ただ、身体は落ち着いても心は落ち着いていない人はいっぱいて、そこをどのように継続的にフォローしていくのかということが、私たちの中では鍵です。前回の検討会のときには、それが精神科の医療につなげられないかといった提案もした。当院だと、紹介元の精神科クリニックに連絡して連携を取れる時はとっている。そこで、クリニックに予約をとってから行かなくてはならないとすると、やはり予約の時間までがポイントで、精神科のない救急センターとしては精神科的な医療の継続性が課題だと考えている。

原会長

市立病院の立場としてはどうか。

戸澤委員

当院では、全員に対して精神科医師の診察が入るわけではない。今見ていて思ったのが、当面の対象は救急搬送され入院された方という話だったが、今後の展望としては自死ハイリスク者全ての人たちに使えるツールということだったので、私もどういう風に展開していくのかなというのは感じていた。

確かに私達でも、一泊で帰る患者さんが多いもので、そこに介入すると

いうのは同じように難しい面がある。そこはどうかと同じく感じた。

原会長

例えば、こういうシステムを作る時に、自殺未遂をした人はこういうルートに乗るんだよということが、こういうことがあるんだよということが周知されているということは一つ大きなポイントになると思う。つまり、現場で接する人は、こういうのがあるから、こういうふうに行くんだということがあれば、非常にアセスメントしやすい。急に精神的な面も含めたアセスメントするとなると、1回も会ったことがないような人とアセスメントすることになってしまう。その辺はなかなか難しい。

今の話の問題で言えば、仙台市の方角として自死の未遂をした方には、こういうシステムがあって、こういう関わりをするということがあって、全市的に周知されていれば、医療関係者としては非常にやりやすいのではないかなと思う。どうしても最初の同意を取るところというのはすごく難しい。そここのところが低くなれば、たぶん利用は増えていくと思う。ただ、利用が増えたときに、現実対応が可能かどうかという問題も出てくるかもしれない。その辺のところも、考えておくといいのかもしれない。

同意の問題の場合には、どうなのか。土井先生、どのように考えればいいか。

土井委員

同意の能力の問題か。精神疾患といってもどの程度の精神疾患かということも関係してくると思うが。

原会長

精神疾患というか、自殺未遂をした段階でこういうシステムが稼働するということを、事前にといいか、説明してあれば、個人個人に同意を求めなくてもある程度クリアできるのかどうかということ。

土井委員

個人情報の問題がどうしても出てきてしまうので、ある程度個別の同意は必要だと思う。ただ、それ以上の不利益とかそういうことはないので、あとは同意の問題より自発的にその方がそういうシステムに自らのっていけるのかどうかというところで判断していけるのではないか。個人情報の関係は、書面で名前を書いてもらうという方法でやるということで、そんなに難しくはないと思う。

原会長

そうですか。地域で活動している保健師さんなどはどうか。

瓜田委員

今直接自死の方などに関わる機会というのはあまりないが、システムを作っていく上で、入口、まずはある程度限られた人たちを対象にしてやっ

てというところで、ただ我々の本来の業務としては予防というか、そうならないために通常業務をしているところがある。直接のお答えにはならないが、最初の段階で作られたものが、ゆくゆくは広く浸透して行って、それがすごく特別なことというよりも、みんながそういう意識を持ってやっていけるようだとすごくいいのかなと思う。

原会長 野口先生はいかがか。

野口会長代理 おそらく事務局から出た話というのは、特定の人たちを排除していく、ということではなく、アプローチをしていくときに、最初のシステムが出来ていないときには、まずそれを作るきっかけとして入院した方を対象として、そこから始めてそれが様々な方に使えるかどうかを確認してやっていくという方向性というふうに理解した。最終的には希死念慮のある方のところまでなんとかもって行って、そういった方にもこのシステムで対応していくというか、のっかっていってもらえるようにということを想定しているということと理解したが、それでよろしいか。

事務局 はい。そのとおりです。

原会長 他にはいかがか。市川委員からはいかがか。

市川委員 警察としては、結構自死未遂の取扱いはある。ただ、やはり情報が警察だけで止まっている情報というのはある。その中で私たちが苦慮するのが、多機関との情報共有という部分で、今のところシステムがないので、個別に福祉関係にお願いしたりとかして対応にあたっている。今回のような、システムネットワークが構築されて、あとは、そういう方は公的な機関に通報されては困るという非協力的な方もいるため、仙台市民であれば誰もがそういうシステムを知っているという周知の事実があれば、非協力的な方もそうだよねと、そういう機関があれば私も相談してみたいねというような、ゆくゆくは幅広なシステム作りができれば本当に良いものができるのではないかなと思う。

情報共有、警察とすれば、関係機関と警察のみで埋もれている情報を他の色々な機関にこういう方がいるよというシステム作りができれば、非常に良いものができるのではないかなと思っている。情報共有の部分も是非、充実したものにしていただければと思う。

原会長 他にはいかがか。

佐藤委員 最初のとりかかりの対象者を自死関連行動で入院した方としているということだが、その方々を対象とした支援はどこまでいったら完了となると捉えているのか。

事務局 資料1の内容にも入ってくると思うので、資料1について説明してよろしいか。

原会長 よろしく願います。

事務局 ……資料1をもとに説明……

原会長 ハイリスク者支援の基本的な流れについて、説明があったと思う。地域自殺対策推進センターというのは、今ははあとぼーとにあるのか。

事務局 (林所長) 現在はあとぼーと仙台にあるのは、自殺予防情報センターで、自殺対策推進センターとは、少しニュアンスが違っている。地域自殺対策推進センターは、どちらかというと、直接支援というよりは指導的な色合いが少し強くなってくる。ただ、そのあたりのところも、今後どのようにしていくのか考えながら、推進センターに関して検討していくことになる。

自殺未遂者支援そのものというよりも、支援の指導等をやると、国が出しているものではいわれている。いずれにせよ、大事な役割を担うセンターになることは間違いないと思う。

岩館委員 まだイメージがわからないのだが、結局大事なのは②協働アセスメント、③見立て・計画作成だと思う。まあ、同意が取ればということにはなるが。②③については、仙台市の方がやるのか。それとも搬送された病院の方がやるのか。どちらなのか。

事務局 合同でやることを想定している。医療機関とセンターで実施していくことを想定している。

岩館委員 ここがものすごく大変で、限られた時間で情報を集めなくてはいけないし、今回の自殺を分析しないといけないというところだと思う。仙台市立病院はまだ人が充実しているとは思いますが、例えば仙台医療センターとか大学病院が果たしてそれだけのスタッフがいるかどうかについては、疑問に思った。そうすると、これは仙台市の人が行くしかないのだけれども、そ

れがどれくらい実現性があるのかなとちょっと気になった。違う組織の中に仙台市の職員が入ってくるということになる。例えば、ICUとかで意識が回復したときにいってということになるが、その辺はどのようにお考えか。

事務局

現在、地域自殺対策推進センターは仙台市には設置されておらず、今後設置の見込みである。ほとんどの自治体では自殺予防情報センターを衣がえさせて、自殺対策推進センターとしている。自殺対策推進センターは、本庁の精神保健福祉担当部署か、精神保健福祉センターのどちらかが担っていることがほとんどである。役割に関しては、設置要綱などを踏まえると、指導的な色合いは濃いですが、本市のセンターは、実際の個別支援の取りかかりの部分をやろうと想定しているところ。

先生のご指摘のとおり、全く市と関係のない大学病院や仙台医療センターにいきなり入って行って、よろしくと言えるかということについては障壁は大きいだろうと思っている。現実的に、救急告示病院のどこからやれるのかということについては、おそらくは市立病院からモデル的に始めるということになるのではないかと考えている。

先ほど、原会長が言われたとおり、仕組みが出来、やり方としてこなれてきて、こういうやり方になっているという形になっていけば、大学病院、或いは仙台医療センターに話をしていって、仕組みとしてこういうのがあるので是非とお伝えして、使っていただくというふうになるのではないかなと思う。

八重樫委員

今の病院のことで、時間的なことについて少し話をさせていただく。大学病院の三次救急で、例えば自死などで運ばれてきたときに、前に聞いたのだが、PSW（精神保健福祉士）は一応チェックしに行くとは聞いたことがある。仙台医療センターについてのソーシャルワーカーの人員については、数名である。ただ、今病院の中で、診療報酬上、入退院支援加算を取得するため院内全体で患者さんの退院支援が積極的に行われている。自死等で搬送され、精神科に転科して入院が継続できたとしたら時間的な余裕があってソーシャルワーカーが外の人たちと共にアセスメントをしながら、社会復帰や地域連携ができると思う。しかし、身体症状で入院した場合には、先ほど申し上げたように、たぶん時間的に社会ときちんとつながるまで入院継続というのは難しくなってしまう。例えば、ホームレスの人が入院してきたときに、昔は、のんびり入院してアパートなどを探していたが、今は一旦ワンクッションとして清流ホームとかに早急に仙台市の方で入れてくれて、そこから自立支援できるような形をとっている。今の医療

機関の精神科以外のところは、社会的支援につなぐために入院を継続していくというのはかなり難しい。

平井委員

実際に、わんすてっぷの方には、年間に結構な数、薬を飲んで救急搬送されてそこで一定程度治療をして、でも帰るところがないので相談にのってほしいという相談がくる。ただ、うちで相談にのるのはいいのだが、うちから次のところが見つからない間に退院されてしまうと、正直行くところがない。ただ、やはり病院としてはもう体が治っていると思っているので、明日起きた段階で退院させて、そちらにいくようにつなぐと言われてしまうのが現実としてある。

先ほど八重樫委員が言ったように、PSW がじっくり関われないというのは病院としても仕方がないことだと思う。仕方がないのだけれども、結局今回ネットワークができて、怖いと思うのはネットワークにつながるころまでで終わってしまうのではないかとこのころ。先程佐藤委員からもあったとおり、つながるところが最終になってしまうと、そこが孤立してしまう。つながれた方はどうするのかといったところなので、ネットワークの中で、これまでの既往歴を考えると、例えば精神疾患を持った方がちょっとゆっくりと過ごせるグループホームにつながるまでは病院にいさせてもらえないとか、予約もないけれどもとりあえず退院して精神科医療機関の方に入院できるかどうか調整するといった、ネットワークとかツールができるといいのかなと思う。やはり一つのところが作ったアセスメント票が、みんなが使えるようなものであれば、今回こういうネットワークにのってきた人で、こういうツールがあって、アセスメントが行われているので引き受けてもらえないとか、その代り、入院した後の退院後の居所は一緒に探すのでという形で、それぞれが有機的に関われるようなものにしていかないといけないと思う。

我々が非常に怖いのは、相談機関につないで、はいもうこの件はおしまい、このつないだネットワークの中で、わんすてっぷがやったら終結だとなるのは非常に怖い。これは、おそらく、病院の方でもつないで治療をお願いされ、退院するときはどうするのかというときに何も考えてもらえないと言われると困るので、入院している間に一緒に次のところを考えていくのでというようになっていかないと、結局は退院しろと言われたから退院して帰るところがないということで、再度自死に至ってしまうことが現実なのではないかと思う。

八重樫委員

救急搬送から考えていくので、この帰らなければいけないという話になってしまうのかもしれないが、なので全否定になってしまい申し訳ない

が、結局救急病院が①として初まるからそういう話になるのだが、例えば、入院しなくてはいけない患者以外でも原則としてあり得るということであれば、退院してしまっても保健師に私達が連絡をして、保健師が①の情報収集・同意を得て、自殺対策推進センターとつながり、この個別支援ネットワークにつながっていくといったように、初まりはどこであっても自殺対策推進センターにいて、このネットワークが全部機能していくという形であればいいということで解釈していけばよいのでは。救急搬送から考えると、どうしても病院が初まりの舞台になり、入院中という話になってしまう。そこを排除してしまえば、どこが情報収集・同意を得てもいいというような形であれば、そのネットワークの実現はできなくはないかなと個人的に思った。

事務局

先程、野口委員からあったように、救急搬送され入院となり、一定のかわりを院内でもてる人から着手するということである。八重樫委員のご指摘の通り、このネットワークが機能していくようになれば、記載してある①の部分は、救急告示病院だけではなく、当然最初に自死ハイリスク者に出会った機関がそのツールを活用してリスク評価やアセスメントをして、地域自殺対策推進センターと連携し、個別の支援ネットワークとつながっていくということになるかと考えている。

土井委員

私もみやぎの萩ネットワークに入っていて、そうすると誰が問題を解決するのかということが、意外に専門家でないと分からない。他の人が、これは弁護士につないだ方がいいと思うことだけではなくて、実はこれは弁護士なんだとか、実はそれは行政なんだということがとても多くて、そうするとリスク評価はともかくとして、どこにつなげばいいかというところから、むしろ協働でというか、ケースワークというか、何人かで合同で検討した方がいい場合が多いのではないかというのがまず一つ。

それから、あと一つというのは、先ほどから出ている評価に基づいてどこにつなぐかということだが、そこを個別につなぐというよりは、自死の原因は複数あることに対応して、複数の人たちで合同でどうしていくのかを検討しながら進めないと投げて終わりという感じになってしまうのが一番怖い。それから、皆さんが言っているように、ある程度の解決をみるまでは担当の人がいて、その人に相談しながら弁護士のところへ行ったり、行政に行ったりといった安心感を持って、この流れに入ると安心して問題を解決できるというようにするのが現実的ではないかと思った。

原会長

様々な意見が出ているが、いかがか。

イメージ図はイメージではあるが、確かに一晩で帰る人もいて、その人をアセスメントするのは困難極まるものだから、それをどうするのかという話になる。とりあえず、継続して連絡をしてもいいかと同意を得る程度になってしまう。そこからスタートするしかない。現実的な問題は、そういうことになると思う。そうすると、結局は、地域自殺対策推進センターに集約されていって、そこでの活動が非常に重要になってくるのだと思う。

やはり、ケースワークするポイントがそこにあるのだと思う。それからその人が最終的に伴走していくというか、しばらくの間コーディネートしていく業務をやらざるを得ないことなのだと思う。振って終わりとなると、振った機関が抱え込んでしまい今度はその機関が振り返ることがなかなか難しいところが出てくる。振られた機関が過度に抱え込まないような、負担を抱え込まないようなシステム作りが、長く続けるための一つのコツではないかと思う。

野口会長代理

私は、以前にひきこもり関係の対策委員を担当させていただいていた。基本的には、その時に作成したイメージと大分近い形のものなのかなと理解している。このシステムというか、この場合には、自殺対策推進センターが足掛かりとなって、その人にどういう機関が関わっていくのが必要なのかということ、まずはそこで見立てる。そして、その後は特定の機関ひとつに任せるのではなくて、見立てた機関の中で連携しながらサポートしてほしいと。場合によっては、当然その中で専門的な方々のご意見を、その中にいる専門的な方の意見を聴きながら、これについてはもう少しプラスアルファでこういう機関にも関わってもらえば必要があると、そういうことを繰り返していくというイメージなのかなと私は理解している。真ん中に参加機関は個々のケースに応じて変化すると書いてあるが、まさにこれがこのシステムの肝にあたる部分で、まずはそれを推進センターの方である程度を目途をたてて、そこからは実際に参加する機関の中でサポートを実質的に組み立てていってほしいと。特定の機関だけでなく、まさにネットワークでサポートしていってほしいというそういう意味合いだと理解した。それでよろしいか。

事務局

お見込のとおり。そのとおりである。

原会長

それでは、基本的な流れについてよろしいか。他には何かあるか。ないようであれば、次の議事にうつる。事務局より、説明願う。

事務局 ・・・資料2に沿って説明・・・

原会長 今、事務局より支援ツールのイメージを示されたが、このことについて皆さんから意見を募りたいがどうか。

同意はどこの段階でとるものなのか。アセスメントをしながら同意を取るのか。

事務局 原則的にはアセスメントする前に同意がとられるということが筋ではあると思う。アセスメントを受けてもらうということはその支援に乗ることが前提になっているので、サポートを受ける同意があってアセスメントに入ることになる。それが原則であると考えている。

原会長 ということは、サポートシステムの全体を説明し、ある程度理解できるようにする必要がある。例えば、薬を飲んだ後に一泊した程度ではたいていの人はその次の日には忘れてしまう。そのような状態なので二、三泊しないとアセスメントは難しい。大量服薬する人に関して言えば、どの時点でアセスメントを取るかということや、本人だけではなく家族の同意を取るなど複数の手段を取っておかないと難しい。つまり説明し、内容を理解でき、本人が必要性を理解して同意をもらえるものである。その為にはアセスメントをしながら同意を求めていかななくてはならない。アセスメントと同意は同時並行的に進めなければならないので、福祉事業所のように先に同意を取るということは難しいと思う。医療現場ではこのような進め方は現実的に厳しいとは思いますがその辺りはどうか。

戸澤委員 確かにオーバードーズの方であれば、（市立病院だと）一泊くらいで退院するか、かかりつけの精神科があればそこへ紹介する。精神科で診察をして入院が必要となり、身体に問題がなければ単科の精神科へ転院・入院の依頼をするという形が多い。また、骨折などをした場合は当院での入院というパターンが多い。当院へ入院となった場合はこのシステムは非常に良いものだと思う。同意を取って一緒にアセスメントを行うことはルートとしては良いと思った。私自身も医療だけでは解決できないこともあると感じているので、このようなネットワークがあると、私たち自身も活用できると思う。しかし、一泊で退院をしている方々に対し、短い間で同意を取ることがどのくらいの方に対してできるのかと考えると工夫が必要になると思う。例えばかかりつけ医のもとへ行ったところでアセスメントができるような仕組みが将来的にできれば良いと思っていた。しかし、この短い入院期間の中だとやはり現実的には厳しいと思う。

中村委員

医療機関について詳しくは存じ上げていないことも多いが、難しさを感じるポイントもある。地域自殺対策推進センターと協働でアセスメントを考えると考えれば、保健福祉センターにも声が掛かる可能性もある。そうすると「病院ではできなかったが、一緒にアセスメントを考えてほしい」などといった流れにもなるのではないか。この検討会議においては、ネットワークを活かすための共通言語となるようなツールがあった方がより良いものになるだろう。

ツールに関し、こちらが協働アセスメントをする立場と想定したとき、アセスメント項目の中に対象者の健康な面を見る項目があってもよいと思う。「(4) 自死に含まれるリスク」に含まれるかもしれないが、私自身も精神障害の方と接する機会が多いので見失いがちではあるが、例えば自殺未遂をした方は元気に高校生活を送っていた高校生かもしれないし、普通に出勤をして仕事をしている人が何かをきっかけに未遂を行ったということもあるかもしれない。健康に暮らしている方が何か理由があって未遂を起こすこともあろうから、一市民として「自殺未遂をした人だ」という側面だけに光を当ててのではなく、その人自身の「本来の健康的な面」についてもアセスメントする側が忘れないようにする項目も何かあったらよいと思う。

原会長

ストレングスの部分も規定するというのは良いことだと思う。

木越委員

具体的に誰が動かすのかということと、誰が動けるのかということ、どれだけのスピード感を持って動かすことができるのかという点が非常に大きな問題であると感じる。私自身、学校関係という非常に狭い世界にいたので、例えば救急搬送されたなどの事例は警察や救急、学校から教育相談課へすぐに連絡が来る。病院へ搬送されたら、身体は病院へ任せる。教育相談課としては「どのような状況か」、「今日退院ができるのか、もしくは入院となるのか」、「今日退院となった場合には家庭には誰がいるのか、子供が一人になってしまう時間はないか」などといった情報を学校とのやり取りですぐに集め、心のケアに入ることになる。ここにあるアセスメントに近いものについては、学校はかなりの情報を持っている。その辺りの情報を集め、今日・明日の対応をどうするのかということですぐに動き出し、子供たちの命を守るということを最優先に考えている。長期的な見通しとして、「カウンセラーの派遣が必要か」、「スクールソーシャルワーカーが入り、社会的なサポートが必要なのか」、「児童相談所との連携が必要か」、「精神科など医療機関に繋げる必要があるか」という動きを学校とい

う狭いところなのですぐにとることができる。しかし、果たして今日退院してしまうというような患者がいた場合、追いかけていくことができるのか。また、理想的には素晴らしいものだと思うが、年に平均 400 件という件数の多さも考えると運用する際本当にうまくいくのかという心配が生じてしまう。

原会長 その辺りは人員の問題などが大変にはなってくると思う。

事務局 現実的にはできる範囲からやっていくということは当然かと思う。今現在やれている範囲のこと、すでにやっている範囲の事は継続し、そこに上乘せをしていくということなので後退するといったことではない。先ほどから時間が短いケースがあるという意見があるが、それについては事務局側も十分に承知をしている。今現在、仕組みがないということ自体が致命的である。「時間がなく仕組みもない」、「常にやり取りできる体制が整っていない」ということであれば、なおのこと時間の短さがネックになってくると思うので、そこをまずは作っていくということが最初のステップとしては必要である。限定されるかもしれないが「できる範囲」で始めていくということでアーカイブの蓄積をしていくことが重要ではないかと考えている。

土井委員 予算の問題だと思うが、先ほどから出ている同意の問題であるが、アセスメントの問題はリスク問題とも関わってくると思う。自己決定が求められることにもなるので、対象者が積極的に同意をしないといけないことだと思う。例えば学校に紹介すれば確かにいろいろな情報を得られると思うが自分が自殺未遂をしたという一番知られたくない情報も含まれている。その点についてきちんとした同意がないと後で問題になると思う。その同意や自己決定の一番の要素はサービスを受けることで今までの苦しみが緩和され、将来的な展望が生まれてくるもとの同意をしてもらうしかない。そうした時に弁護士を依頼したり、ケースワーカーに頼むなどと費用が掛かる。そうしたときに市としてある程度の予算措置をしてもらえるかどうかというところが重要な問題になってくると思う。お金を持っていても自殺未遂をする人はいると思うが、経済的な問題と精神的な問題はリンクしていることが多いので、このような憂いをなくし明るい展望を示し「一緒に頑張っていこう」と声掛けして進めていかななくてはならないと思う。

原会長 ほかにアセスメントの件について意見はあるか。

平井委員 見立てをし、計画の段階でどこが計画をするのか。当然、再度自殺未遂をしないようにするためにはどのようなことが必要かという視点と最終的には地域の中での生活を安定させるためにはどうするのかという長期的な視点の二つの視点がないといけない。今のアセスメント項目はもう一回自殺未遂を起こさないようにという視点が強いと思うが、最終的には地域の中で安定的に生活をするというところまで考えて進めていくことが必要。その中で自殺対策センターが進めていくのか、そこから先は繋いだところと一緒にやっていくのかということも考えていかななくてはならないと思う。アセスメントはあくまでもネットワークに繋ぐイメージで考えている。

事務局 必要な支援は平井委員が言ったような「地域での生活を安定させる」という点も含めて検討はしている。「地域での生活を安定させる」ときに欠かせない項目等があればぜひ参考にさせていただきたい。

平井委員 アセスメントを取るときには、対象者がどのような傾向を持っているかということと相談員が感じた問題を明確にすることで、なぜ自殺未遂を起こしてしまったのかということを知ったときに、ある問題が生じた、ではその問題がなかったら未遂を起こさなかったのかという点が大事である。実際に行動を起こすまでの間の課題は一つではないと思う。「借金があったので自殺した」と言っても借金問題が重く押し掛かり、そのことを相談できなかったということなど方法的なところなのか、心理的なところなのか一概にアセスメントはできないが、日頃の課題という点ではきちんと定義した上で検討していく必要がある。

事務局 対象者の生育歴なり、その人がどのような生活をしてきたのか、家族とはどのような人間関係を築いてきたのかなど生活の要因や発達の要因、家族関係や健康関係など複数の内容を網羅できるものでなければ生活を安定させることが難しいという話だということが理解できた。

岩館委員 私自身アセスメントは難しいと思っている。自分でいろいろな患者を診ていて思うのだが、長く付き合っとうやく見えてくる問題もある。自殺を図ってその場で出てくるアセスメントはその人自身が持っている問題の5～6割くらいだと考えなくてはならない。ここで言うアセスメントはどの程度で考え、また実効性があるものでないとも思うので、本当にハイリスクの人の次の企図を防ぐということに絞らざるを得ないと思う。

長く付き合っていればまたいろいろな問題が見えてきて、別の対策が必要になるなど流れで考えていくしかないのではないか。ただ、医療中のアセスメントについてはスピード感がないと動かないと思う。あまりに網羅的になるとそこまでやる時間はないという気がする。

それから土井委員へお聞きしたいのだが、このようなアセスメント項目について医者は大体実施していると思う。今回のアセスメントについてはどのようにとらえなくてはならないのか、命にかかわる問題と同意など。今日の話で言えば、患者と会って情報を得る段階では同意は取っていない。

土井委員 治療行為への契約が行われるので、治療に必要な範囲での情報提供を行うという点では同意はあると思う。医師・医療機関に関しては守秘義務があり、情報漏えいをした場合には罰せられる。その点では同意がないとは言えないだろう。

岩館委員 我々も患者に同意を取らなければ、私たちの持っている情報をこのネットワークには提供できないということになってしまう。アセスメントで得る情報はどの範囲の話なのか。例えば市立病院に運ばれた患者を精神科で診る。医師も当然このアセスメントを行うと思うが、同意を取らなければ情報として流すことはできないということにはなってしまうのだと思う。そこが難しい点である。

事務局 項目をすべて埋めるということはやはり限界があるとは思う。岩館委員のおっしゃる通り5～6割の情報しかないというのもその通りであるし、限られた情報の中で、「なぜ自死に至ってしまったのか。」「その場合何が原因であったのか。」ということがあって、分かる範囲の中で支援を実施していく。(6)で示したように、関係性が出来てきて本人との深い関わりから更なる情報を把握し、新しく分かった本人像に照らして「どのような支援が必要なのか」ということを考えていくということもイメージしているところである。岩館委員のご指摘の通りスピード感が大切であると思うのでこのツールを全て埋めるということではなく、限られた情報でどう見立てていくのかということもネットワークの中で加味していくものと考えている。

土井委員 そういう意味では基本的にはこの形でやっていくしかない。100%を目指すのは恐らく無理なので、まずはやってみて使い勝手を良くしていくということが現実的なことだろうと思う。その中で、私は帰属すべきコ

コミュニティに帰属していくことが最終的な目標だと思っている。その中のキーとなる家族が入ってきていないのは気になる。確かに家族は保護因子にもなれば危険因子にもなり得る。だからこそ悩みを伝えられないということもあると思うので、単純ではないが初めから家族にも支援をしてもらいこのツールの中で協力的になってもらおうと良い場合もあるのではないかと思う。

中村委員

そうすると、スケジュールに載っている今後の協働支援ツールの案を踏まえると、大事なのは事例検討だと思うので、議論した内容をシミュレーションし、修正していくという作業が今後は入ってくることとなる。その点が大事になってくるのではないか。今日、初めてこのアセスメントを共有したが、これだけ多くの課題が出ている。協働支援ツールの案を来月検討し、年明けには具体的な事例に当てはめて検討するという大変な作業が出てくると思う。事例検討の進め方はどのようなものを想定しているのか。一晩で帰ってしまう事例や若年者・精神疾患の有無などいろいろな場合で変わってくると思う。私たちもどのような心構えでいけばいいのか気になるので教えていただきたい。

事務局

一定の入院期間がある患者を想定している。

また、パターンとして私たちが考えておきたいのは、大人と子供など年代の違いで何か気を付けなければならないことはないかと思っていたので、事例の中でそのような検証が出来れば良いとは思っていた。

私たちのイメージしているツールが大人や少なくとも青年より上の年代を対象としたものになっているので、特に子供の場合に注意して見た方が点など項目として足すべきものがあればご教授いただきたい。

野口委員

広く言えば、このような背景という点に入ってきてしまうかもしれないが、学校での生活状況や学習状況、友人関係なども考えられる。そのような点は押さえておかななくてはならないと思う。

木越委員

野口委員の言う通りと思う。今ある項目に関連するが、児童生徒であれば本人の個性・特性、家族環境、生育歴、学習状況など学校ならではの問題に関しては大人とは違う部分があると思う。

戸澤委員

地域自殺対策推進センターの役割についてイメージが湧かないのだけど、いろいろな問題を抱えている人が多いと思う。アルコールであったり借金であったり複数の問題を抱えていてそれぞれの機関の支援を依頼してい

く。そこから実践し、評価していくと思うが、その見直しをする中心的な役割を担っていくところというイメージで良いか。

原会長

これについてはどこかに要綱があるのか。

事務局

国の設置要綱がある。

いくつか業務のある中で「市町村等における自死未遂者及び自死遺族等支援に対する指導等」というものがあり、自殺未遂者及び自死遺族支援について、対応困難な事例があった場合には必要に応じて専門家等と連携しながら当該市町村等に対して適切な指導や助言等の支援を行うこととなっている。そのまま読むと間接的な支援が主流になってしまう。ただ、これまで説明したように、センターにおいてははじめのアセスメントやコーディネートを行い、ネットワークに繋ぎながらそれが機能していくための軌道に乗るまでを担っていくというようなイメージである。精神保健福祉総合センターがあるから全てセンターで何でもしてもらえるとということではなく、ネットワークと両輪で有効な形で進めていくというイメージを持っている。

原会長

最初に関わった人がある程度対象者に対して意識を持って追いかける、適度なおせっかいをするということが一番大事なポイントとなる。その適度なおせっかいの中から関係性ができるだろうし、それが高じて関係が良くなっていく。自死の問題の中で孤立の問題が一番大きいので、人とのつながりがあるということが支えになる。これは研究でも実証されていることでもある。まずは根気強く関係性を作っていくということをしながらネットワークの問題を考えるようにしていかなければならないと感じた。

それでは、協議内容については、これで以上とする。